

## INFORMATIVA PRIVACY - UFFICIO PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)

Gentile paziente/utente, di seguito Le forniamo le informazioni previste dagli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

### 1. QUALI DATI RACCOGLIAMO?

Per le finalità di cui al seguente punto 2., i dati raccolti sono:

- dati anagrafici;
- dati di contatto;
- dati identificativi (documenti d'identità);
- dati sanitari;
- eventuali altri dati inseriti all'interno della segnalazione

### 2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

L'ASST utilizzerà i Suoi dati per le seguenti finalità:

- a) gestione/risoluzione della segnalazione;
- b) compiti istituzionali di interesse pubblico e per adempiere agli obblighi derivanti dalle normative che definiscono le attività dell'URP.

### 3. SULLA BASE DI QUALE FONDAMENTO GIURIDICO?

Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ai sensi art. 6 par. 1 lett. e) del Reg. UE 2016/679, e l'attività amministrativa correlata. Inoltre, per l'adempimento di obblighi di legge (Legge 7 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni") cui è soggetto il titolare del trattamento ai sensi art. 6 par.1. lett. c). Infine, per, eventuale, ipotesi di accertamento, esercizio o difesa di un diritto in sede giudiziaria, ai sensi art. art. 9 par.2. lett. f) del Reg. UE 2016/679.

### 4. A CHI È POSSIBILE COMUNICARE I SUOI DATI?

I suoi dati personali saranno resi accessibili agli operatori interni coinvolti nella gestione della segnalazione (in qualità di soggetti autorizzati e/o designati a specifici compiti e funzioni loro attribuite). All'interno del programma di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza (Customer Satisfaction) di Regione Lombardia, alcuni dati anonimi quali età, sesso, scolarità e professione, vengono trasmessi per fini statistici. Infine, se la gestione della segnalazione dovesse comportare il necessario coinvolgimento dell'autorità giudiziaria o di polizia o altri enti, le verrà segnalato prima della comunicazione agli stessi. I Suoi dati non saranno diffusi, né trasferiti in Paesi extra UE.

### 5. IN CHE MODO E PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati sono trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. I dati sono custoditi in maniera tale da assicurarne la riservatezza, evitarne la distruzione o l'utilizzo da parte di terzi non autorizzati e nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla vigente normativa.

I dati sono organizzati in "banche dati" il cui trattamento viene effettuato, attraverso supporti cartacei, informatici e telematici.

Il Titolare li tratterà per il tempo necessario a adempiere alle finalità espresse. Salvo quanto diversamente previsto dalla normativa cogente, i Suoi dati personali saranno conservati nei nostri archivi per il tempo previsto dal vigente Titolaro e Massimario di scarto di Regione Lombardia.

### 6. RECLAMO AUTORITÀ COMPETENTE

Qualora Lei riscontrasse una violazione dei Suoi diritti in base al Reg. UE 2016/679 ha il diritto di presentare un reclamo tramite l'autorità di supervisione di competenza del Suo paese di residenza o all'autorità italiana per la protezione dei dati (<http://www.garanteprivacy.it>).

### 7. QUALI SONO I SUOI DIRITTI E A CHI SI PUO' RIVOLGERE?

In relazione ai dati conferiti, compatibilmente con gli obblighi di legge vigenti, ha il diritto:

- a) ad ottenere informazioni sui dati trattati dal Titolare, su specifici aspetti del trattamento ed a ricevere una copia dei Dati trattati (art.15);
- b) di verificare la correttezza dei suoi dati e richiederne l'aggiornamento o la correzione (art.16);
- c) di richiedere, al ricorrere di determinate condizioni, la cancellazione dei propri dati da parte del Titolare (art.17);
- d) di richiedere, al ricorrere di determinate condizioni, la limitazione del trattamento dei suoi dati, in tal caso il Titolare non tratterà per alcun fine i dati, se non per la loro conservazione (art. 18);
- e) di ricevere i suoi dati in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e, ove tecnicamente fattibile, di ottenerne il trasferimento senza ostacoli ad un altro titolare (art.20);
- f) di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione, al trattamento dei dati personali che lo riguardano (art.21);
- g) di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona (art.22);
- h) revocare il consenso ove possibile, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca (art.7 par.3).  
Alla Sua richiesta di esercizio dei diritti verrà dato riscontro entro 30 giorni, con eventuale possibilità di proroga di altri 30 giorni ai sensi di legge.

Per maggiori informazioni o per esercitare i diritti sopra espressi, può contattare:

- **Titolare del Trattamento dei Dati personali:** Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Nord Milano  
Viale Matteotti, 83 - 20099 Sesto S. Giovanni (MI), Tel. 02-5799.1; e-mail [protocollo@pec.asst-nordmilano.it](mailto:protocollo@pec.asst-nordmilano.it)
- **Responsabile Protezione Dati personali/DPO:** Dott. Sergio Lizio  
Viale Matteotti, 83 - 20099 Sesto San Giovanni (MI), Tel. 02-5799.8677; e-mail [rp-dpo@asst-nordmilano.it](mailto:rp-dpo@asst-nordmilano.it)

#### Dati anagrafici :

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Dati di contatto: telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Ha preso visione ed Autorizza**

Questo Ufficio ad accedere ai mie dati personali ed in particolare ai dati sanitari per la gestione/ risoluzione della segnalazione che ho presentato

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**DELEGHE – DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE****1. Se il segnalante agisce per conto di altra persona maggiorenne in grado di intendere e volere:****DELEGA**

In qualità di persona direttamente interessata ai fatti oggetto della presente segnalazione, letta l'informativa alla precedente pagina, io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DELEGO** il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a rappresentarmi nei confronti dell'URP in tutte le fasi del procedimento.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del delegante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del delegato \_\_\_\_\_

**Visionare originale del documento d'identità del delegato e copia del documento d'identità del delegante.**

**2. Se il segnalante è genitore o altra persona esercente la potestà genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute della persona direttamente interessata ai fatti:****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE\***

(ARTT. 47 – DPR 445/2000)

Io sottoscritto/ \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, dichiaro di essere:

genitore esercente la potestà genitoriale  persona esercente la potestà genitoriale  tutore  curatore  amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute di (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ persona direttamente interessata ai fatti oggetto della presente segnalazione.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Visionare originale del documento d'identità**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DI CERTIFICAZIONE\***

(ARTT. 46 e 47 – DPR 445/2000)

Io sottoscritto/ \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, dichiaro di essere:

erede legittimo -  erede testamentario del Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Visionare originale del documento d'identità Visionare originale del documento d'identità**